STAATSCOURANT

Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.

Nr. 67657
23 december
2016

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2015.160

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.160 van:
A., chirurg, (destijds) werkzaam te B.,
appellant, verweerder in eerste aanleg,
tegen
INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG,
gevestigd te C., verweerster in beroep, klaagster in eerste aanleg, vertegenwoordigd door: drs. P.M. Sleeuwenhoek en mr. R.P. de Roode.

1. Verloop van de procedure

De Inspectie voor de Gezondheidszorg – hierna IGZ – heeft op 11 augustus 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A. – hierna de chirurg – een klacht ingediend. Bij beslissing van 27 maart 2015, onder nummer 149/2014, heeft dat College de klacht grotendeels gegrond verklaard en aan de chirurg, wiens inschrijving in het BIG-register ten tijde van de beslissing op eigen verzoek was doorgehaald, de volgende maatregel opgelegd: in het geval de chirurg zich wederom in het BIG-register laat inschrijven als arts legt het College aan hem de ontzegging van de bevoegdheid tot het verrichten van heelkundige handelingen op.
De chirurg is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. IGZ heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.
"2. DE FEITEN

Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting – met inbegrip van de verklaring van getuige Oranen – dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.
Verweerder – geboren in 1954 – heeft in 1986 in Nederland zijn artsexamen behaald. Verweerder was van 1987 tot 1993 in E./F. in opleiding tot chirurg met een vervolg (tevens) tot vaatchirurg in G. van 1993 tot 1997. Verweerder bezit geen origineel van zijn chirurgisch diploma. Hij is enige tijd medisch adviseur geweest. Van 2000 tot 2006 heeft verweerder als huisarts in H. gewerkt. Van 2007 tot 2010 heeft verweerder in verschillende ziekenhuizen in I. gewerkt in opleiding tot vaatchirurg, waarvan hij geen oorkonde heeft. Verweerder is in Nederland als chirurg geregistreerd op grond van een 'Urkunde Facharzt für Chirurgie', uitgegeven op 28 augustus 2010 door de D. in I.
Verweerder heeft via de uitzendorganisatie J. van 1 april 2011 tot en met 30 maart 2012 als chirurg in het K. ziekenhuis in B. (verder het ziekenhuis) gewerkt. Verweerder heeft bij zijn sollicitatie in het ziekenhuis verklaard dat hij zich bekwaam achtte tot het verrichten van vaatchirurgische ingrepen, ook in acute situaties. Daarbij was mondeling afgesproken dat verweerder zich voor back-up voor acute vaatchirurgie tijdens de avond, nacht- en weekend diensten (ANW) in de samenwerkende ziekenhuizen te B., L. en M. kon wenden tot Oranen als gecertificeerd vaatchirurg.
Op de afdeling chirurgie van het ziekenhuis werkten toentertijd vijf chirurgen, waarvan één (Oranen) met de deelspecialisatie vaatchirurgie. Het ziekenhuis had op dat moment het Vaatkeurmerk van de Hart- en Vaatgroep, waarbij verweerder telde als tweede vaatchirurg.
Op zondag 4 maart 2012 had verweerder dienst. Op de afdeling spoedeisende hulp werd om 15.00 uur de heer N., geboren in 1953 (verder patiënt 1 te noemen) gepresenteerd met buikpijn rechts onder in de buik/flank, incontinent voor urine, erg zweten, grauw zien en een tensie van 109/67. Toen de die dag dienstdoende arts-assistent /huisarts in opleiding patiënt 1 zag, ging het beter met hem. De tensie was 101/74, 112/89. De arts-assistent heeft patiënt 1 onderzocht en op eigen initiatief een echo van de buik laten maken. De radioloog, die de echo had beoordeeld, adviseerde de arts-assistent een CT-scan te laten maken. De arts-assistent heeft dit laten doen zonder overleg met verweerder. Uit de CT-scan bleek duidelijk dat er sprake was van een geruptureerd aneurysma aortae abdominalis (rAAA). Om 17.15 uur werd verweerder voor het eerst door de arts-assistent gebeld. Verweerder ging direct naar het ziekenhuis. Verweerder besloot dat een spoedoperatie noodzakelijk was. De operatie heeft van 17.30 tot 21.00 uur geduurd. Het openen van de buik verliep normaal. Het zetten van de klem op de aorta duurde ongeveer een half uur waardoor de anesthesist moeite had om de patiënt op tensie te houden. Hierna waren er geen anesthesiologische problemen meer. Na het openen van de buik bleek verweerder dat er sprake was van een aneurysma tot op de bifurcatie van de aorta. Verweerder heeft een broekprothese aangelegd en

deze beiderzijds end to end op de arteria femoralis superficialis aangesloten. De arteria femoralis communis en de profunda femoris werden beiderzijds geligeerd. Na de operatie ging het niet goed met patiënt 1. De anesthesist had in de nacht van zondag 4 op maandag 5 maart 2012 telefonisch overleg met verweerder. Besloten werd om niet weer te opereren maar eerst de stolling, die slecht was, op orde te krijgen. Dit leek aanvankelijk succesvol. Iets voor 07.00 uur belde de anesthesist weer naar verweerder om te vertellen dat het niet goed ging met patiënt 1 en dat een heroperatie noodzakelijk leek. Omdat verweerder niet aan de lijn kwam, sprak hij een bericht in. Rond 08.00 uur werd de anesthesist teruggebeld door de vaatchirurg Oranen die reageerde naar aanleiding van een door verweerder ingesproken bericht met de melding dat er een nabloeding was na een rAAA-operatie.
De heroperatie door Oranen op 5 maart 2012 duurde van 08.30 tot 13.45 uur. In het operatieverslag vermeldde Oranen onder meer:
"(...) Opmerkelijk genoeg verloopt de prothese vanuit het retroperitoneum over het darmpakket richting liezen. Dit is hoe dan ook een situatie die niet gehandhaafd kan blijven. Verdere inspectie leert ook nog dat het sigmoïd transmuraal ischaemisch is met de daarbij behorende foetor. We zullen in ieder geval eerst de prothese moeten verwijderen en repositioneren naar retroperitoneaal. (...) Vervolgens worden de lieswonden heropend, waarna blijkt dat de benen van beide prothesen end-to-end op de AFS zijn gehecht, waarbij de profunda aan de origo zijn geligeerd (...) Vanwege het profuus bloeden besluiten we niet te hepariniseren. (...)"
Bij de ingreep bleek het Oranen dat het peritoneum niet was gesloten, de prothese in de vrije buikholte lag, rechtstreeks op de darmen en dat de prothese niet op de volgens Oranen juiste wijze was aangesloten. Oranen zag zich genoodzaakt diverse 'herstelwerkzaamheden' uit te voeren, zoals het plaatsen van een nieuwe broekprothese, resectie van het sigmoïd en het aanleggen van een eindstandig colostoma.
Kort na afloop van de heroperatie heeft Oranen bij de directeur van het ziekenhuis melding gemaakt van de in zijn perceptie ernstig onjuist uitgevoerde operatie door verweerder.
Patiënt 1 heeft nog ongeveer vier weken op de IC gelegen en is op 3 april 2012 overleden.
Er werd geen verklaring van een natuurlijke dood afgegeven.
Na overleg tussen de gemeentelijk lijkschouwer en de regio forensisch- en medisch officier van justitie heeft de laatste de calamiteit op 4 april 2012 gemeld aan klaagster. Er is geen gerechtelijke sectie gedaan.
De directie van ziekenhuis heeft op 23 april 2012 het incident bij klaagster gemeld.
Het ziekenhuis heeft vervolgens een intern onderzoek ingesteld. De interne onderzoekscommissie heeft een onafhankelijke externe deskundige, professor dr. O., opleider vaatchirurgie in het P., bij het onderzoek betrokken. Hij heeft op 20 juni 2012 aan de onderzoekscommissie gerapporteerd. De interne onderzoekscommissie heeft op 9 juli 2012 aan de directie van het ziekenhuis gerapporteerd. Volgens het rapport was verweerder aangesteld op grond van een detacheringsovereenkomst ter overbrugging van de periode tussen de vacaturestelling vaatchirurg en het vinden van een geschikte gecertificeerde vaatchirurg. Verweerder was aangenomen als algemeen chirurg met bekwaamheid in de vaatchirurgie en afgesproken was dat hij als zodanig de vaatchirurgie uit zou voeren binnen het ziekenhuis onder supervisie van een gecertificeerd chirurg.
De conclusie van de onderzoekscommissie – mede – op basis van de visie van de externe deskundige was dat verweerder bij de ingreep kunstfouten heeft gemaakt die bewijzen dat sprake is van onkunde bij verweerder. Verweerder heeft met e-mailbericht d.d. 2 juli 2012 gemeld dat hij zowel de visie van de externe deskundige als het onderzoeksrapport heeft aanvaard en overigens niets toe te voegen heeft, behalve dat hij Oranen niet kon bereiken en derhalve genoodzaakt was om de operatie zelfstandig en alleen te verrichten.
Klaagster heeft naar aanleiding van de meldingen van 4 en 23 april 2012, in samenhang met de onderzoeksresultaten van het interne onderzoek van het ziekenhuis, aanvullend onderzoek ingesteld naar het optreden van verweerder als chirurg en daarover in april 2013 een rapport uitgebracht. Klaagster heeft verweerder in aansluiting aan dat rapport bij besluit van 31 juli 2013 bevolen om hangende verder onderzoek en deze tuchtprocedure geen complexe vaatchirurgische ingrepen te verrichten. Dit bevel werd actief openbaar gemaakt en kreeg ruime media aandacht.
Op eigen verzoek van verweerder werd zijn registratie in het BIG-register op 9 augustus 2013 doorgehaald.
Vervolgens heeft klaagster zes dossiers geselecteerd van overleden patiënten, bij de behandeling van wie verweerder betrokken was en heeft deze dossiers laten onderzoeken door de chirurgen dr. Q. en Prof. dr. R., namens de S. (S.). Onderzoek vond plaats op basis van door het ziekenhuis aangeleverde dossiers zoals die zich in het ziekenhuis bevonden. Het betrof een selectieve steekproef die niet representatief hoeft te zijn en die alleen gericht was op de beantwoording van de vragen:
1. *Is de statusvoering toereikend geweest (medisch en verpleegkundig dossier)*
2. *Is er uit de statusvoering te concluderen dat de (technische) kwaliteit van de behandeling onvoldoende is geweest.*

De S. rapporteerde op 19 februari 2014. De conclusie van het onderzoek was:
- *Een op feiten gebaseerd oordeel over het specifiek operatief handelen is veelal niet mogelijk*

gebleken door het grotendeels ontbreken van essentiële informatie in de verslaglegging.

- *Minder dan de helft van de beoordeelde ingrepen is in min of meer adequate notitie.*
- *Operatieverslagen ontbreken volledig (3x) of zijn door onvolledigheid niet bruikbaar (1x).*
- *Hetzelfde geld voor de chirurgische ontslagbrieven waarbij drie maal geen ontslagbrief, eenmaal een nauwelijks relevante en slechts 2 maal een min of meer binnen de norm vallende chirurgische ontslagrapportage werd aangetroffen.*
- *In alle gevallen is de dagelijkse status voering onvoldoende om enige inzage in overwegingen, bases voor beslissingen en eventueel beleid te geven.*
- *Inzicht in een onderbouwd oordeel over operatieve procedures, decursus en complicatie beleid is uit dit dossier is niet mogelijk.*
- *Onmiskenbaar is dat er bij herhaling sprake blijkt te zijn van onvolledige en daardoor onbruikbare verslaglegging. De wel beoordeelde verslaglegging is veelal beneden de minimale norm van goede chirurgische praktijkvoering en vormt als zodanig een niet acceptabele bedreiging voor de essentiële continuïteit van zorg."*

Een van die zes patiënten was de heer T., geboren in 1928, verder patiënt 2 te noemen.
Op 6 december 2011 werd patiënt 2 door zijn huisarts naar het ziekenhuis verwezen in verband met een verdenking op een geruptureerd aneurysma van de abdominale aorta. Bij aankomst in het ziekenhuis was patiënt 2 hypotensief maar aanspreekbaar. Er werd met spoed een CT-abdomen gemaakt. Het verslag vermeldt:
"Medische gegevens: Bekend met abdominaal aneurysma. In 2000 64,7 cm.(naar het college begrijpt 6,47 cm) EVAR niet mogelijk. Ook status na gastro-intestinale bloeding. Laatste controle L. in mei 2011. Toen 5,6 cm volgens familie."
...
"CONCLUSIE:
Geruptureerd AAA met bloeding wsch gelocaliseerd links hoog dorsaal.
Fors abdominaal aneurysma van 7 cm beginnend direct onder de AMS met vanuit het aneusysma ontspringende rechternierarterie naar normale rechternier. Links schrompelnier. Aneurysma zet zich distaal voort tot en met de AIC beiderzijds."
Verweerder heeft in het operatieverslag van 6 december 2011 betreffende patiënt 2, het volgende vermeld:
"Indicatie: geruptureerd retroperitoneaal abdominaal aorta aneurysma (waarmee patiënt sedert 2005 bekend was). Patiënt was reeds 1x thuis gereanimeerd en vervolgens, in het kader van de vaatdienst, naar B. op transport gesteld. Bij aankomst SEH Hoogveen hypotensief maar aanspreekbaar.
CT-abdomen: bevestiging geruptureerd AAA waarop patiënt direct naar de OK genomen is.
COTG CODE 33554
Verslag: Rugligging. Algehele anaesthesie, desinfecteren en steriel afdekken van de buik, van xyfoïd tot os pubis. Het abdomen wordt open gehouden met de omnitract retractor. Vrijprepareren tot op het retroperitoneum waarna sprake blijkt van een suprarenaal abdominaal aorta aneurysma. Klieven van het retroperitoneum en met de vingers richting hals van het aneurysma bewegen. Patiënt is inmiddels fors hypotensief (na openen systolische bloeddruk < 50 mm./Hg.) en een en ander is moeilijk palpabel. Proximaal klemmen van aneurysmahals en distaal van de beide iliacae. Openeen van het aneurysma, waarop een forse hoeveelheid trombus wordt verwijderd. Inderdaad ruptuur naar links. Het lukt intussen niet om de bloeddruk weer omhoog te krijgen en tenslotte wordt om 12.10 wegens persisterende shock en dying heart (bij bekend hartfalen) besloten tot abstineren. Patiënt is hierop dood verklaard."
In juli 2014 heeft klaagster – na ontvangst van het rapport van de S. en de wederzijdse reacties van verweerder en de rapporteurs van de S. – haar eindrapport vastgesteld. Daarna heeft zij de thans voorliggende klacht ingediend.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij:

1. *ernstig tekort is geschoten in de zorg voor patiënt 1;*
2. *ernstig is tekortgeschoten in de zorg voor patiënt 2;*
3. *ernstig is tekortgeschoten in zijn dossiervoering;*
4. *ernstig is tekortgeschoten in zijn professionele verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van de door hem geleverde zorg.*

Klaagster verzoekt het college om verweerder een passende maatregel op te leggen die er in ieder geval toe strekt dat hij nooit meer complexe (vaat)chirurgische ingrepen kan verrichten. Klaagster verzoekt voorts om de beslissing bekend te maken op grond van artikel 71 van de Wet BIG.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat er op zijn medisch handelen aanmerkingen te maken zijn maar dat de omstandigheden waarin hij moest werken daar grotendeels debet aan zijn. Voor zover nodig wordt hierna meer specifiek op het verweer ingegaan.
Verweerder verzoekt het college verder acht te slaan op de excessieve en beschadigende media aandacht als gevolg van de openbaarmaking van het bevel door klaagster en een zodanige

beslissing te nemen dat hij zich kan laten registreren in het BIG-register als arts met aantekening algemene chirurgie.

5. *DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE*

5.1 Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2 Het college brengt voor wat betreft de klachtonderdelen 1 en 2 in herinnering dat de bevoegdheid van een arts, dus ook een chirurg, niet verder strekt dan zijn op opleiding en ervaring gebaseerde bekwaamheid. Zonder die bekwaamheid is de arts niet bevoegd tot geneeskundige behandeling van een patiënt. Het college wijst op "Gedragsregels voor artsen" (versie 3.0 2002) van de KNMG: I.5 "De arts neemt de grenzen van zijn beroepsuitoefening in acht. Hij onthoudt zich van handelingen en uitspraken die gelegen zijn buiten het terrein van zijn eigen kennen en kunnen."

Bij brief van 15 april 2013 hebben de voorzitters van de S. en van de U. desgevraagd aan klaagster laten weten dat de S./U. van mening zijn dat complexe vaatchirurgie uitsluitend mag worden uitgevoerd door chirurgen met een certificaat vaatchirurgie. Voordien was uitgangspunt van de S./U. dat complexe vaatchirurgie bij voorkeur behoorde te worden uitgevoerd door chirurgen met een certificaat vaatchirurgie.

Het college moet dus toetsen of verweerder, hoewel niet in het bezit van het certificaat vaatchirurgie, als algemeen chirurg bekwaam en dus bevoegd was tot het opereren van patiënten 1 en 2 in verband met een rAAA.

5.3 Verweerder heeft bij herhaling schriftelijk en ook mondeling ter zitting bevestigd dat hij de ervaring miste voor aorta operaties. Hij heeft voorts ter zitting erkend dat het ook aan zijn opleiding voor wat betreft complexe vaatchirurgische ingrepen schortte. Hij verklaarde ter zitting verder dat hij zich onzeker voelde bij aortachirurgie en bij de diensten voor de ziekenhuizen in B., L. en M. Hij verklaarde ook dat hij onvoldoende bekwaam was wat betreft aortachirurgie. Welke ook de omstandigheden waren waardoor zijn opleiding en ervaring tekortschoten, verweerder behoorde zich naar het oordeel van het college al voor aanvang van zijn werkzaamheden in het ziekenhuis daarom rekenschap te geven van de in 5.2 vermelde gedragsregel.

5.4 Wat betreft patiënt 1 heeft verweerder uitdrukkelijk erkend en nog eens bevestigd dat hij kunstfouten heeft gemaakt en dat sprake was van onkunde. Waarom hij zo heeft geopereerd als hij heeft gedaan kon verweerder, daarnaar gevraagd ter zitting, niet uitleggen en verklaren. Klachtonderdeel 1 is dan ook terecht voorgesteld en wordt gegrond verklaard: verweerder was niet bekwaam en dus niet bevoegd om de rAAA van patiënt 1 te opereren. Dat verweerder als het ware met de rug tegen de muur stond, omdat hij Oranen als zijn achterwacht niet kon bereiken voor overleg of overnemen, acht het college niet geloofwaardig. Oranen heeft onder ede verklaard dat verweerder hem op het bewuste tijdstip niet heeft gebeld. Het college heeft geen reden om aan de verklaring van de getuige te twijfelen. Verweerders stelling dat hij ook naar het V. en nog twee andere collega's had gebeld, wordt als niet onderbouwd terzijde geschoven. In zijn e-mailbericht d.d. 2 juli 2012 maakt verweerder nog geen gewag van die andere telefoongesprekken en van enige bevestiging daarvan uit objectieve bron is niet gebleken. Verweerder heeft de genoemde gedragsregel geschonden maar bovendien niet alles gedaan om ervoor te zorgen dat patiënt 1 die zorg kreeg die hij behoorde te krijgen. Het college volgt deskundige O. in zijn visie dat de kunstfouten van verweerder patiënt 1 de kans om te overleven hebben ontnomen.

5.5 Voor wat betreft patiënt 2 staat vast dat sprake was van een suprarenaal rAAA en dat het ziekenhuis niet was uitgerust of geschikt te maken voor de behandeling van een patiënt met die aandoening. In het bijzonder de nazorg is dusdanig complex dat dergelijke patiënten en dus ook patiënt 2 vanuit het ziekenhuis behoren te worden ingezonden naar een gespecialiseerd centrum, bijvoorbeeld het V. of de W. Het verslag van de CT abdomen maakte melding van de bekendheid van patiënt met een voorgeschiedenis van AAA, het operatieverslag van verweerder vermeldde dit eveneens en verweerder heeft, hoewel hij zich daarover eerder in ontwijkende zin heeft uitgelaten, ter zitting bevestigd dat de radioloog hem vertelde dat sprake was van een suprarenaal rAAA. Verweerders uitleg dat patiënt 2 bijna geen kans had, op sterven na dood was en het vervoer nooit had overleefd, dat het OK team al in huis was en dat hij zich als het ware gedwongen voelde om te opereren, overtuigt het college geenszins. Verweerder had patiënt 2, alleen al om reden dat nazorg in het ziekenhuis niet mogelijk was, moeten insturen. De ingreep van verweerder heeft de kans van patiënt 2 om zijn aandoening te boven te komen teniet gedaan. Dat verweerder, zoals hij ter zitting in zijn laatste woord verklaarde, hulp heeft gevraagd aan zijn supervisor blijkt nergens uit.

Klachtonderdeel 2 wordt dus eveneens gegrond verklaard.

5.6 Klachtonderdeel 3 is gebaseerd op de rapportage van de S. d.d. 19 februari 2014, waaruit volgt dat verweerders dossiervoering inzake de behandeling van zijn patiënten tekortschiet.

Verweerder heeft na kennis genomen te hebben van de zes betrokken dossiers op 31 maart 2014, voor wat betreft zijn dossiervoering, in bevestigende zin gereageerd op dit rapport. Getuige Oranen heeft ter zitting verklaard dat verweerder is aangesproken op tekortkomingen in zijn verslaglegging. Verweerder heeft ter zitting nog verklaard dat hij het boetekleed aantrok, waar het gaat om het ontbreken van drie operatieverslagen.
Wat er zij van zijn poging tot bagatellisering, voor het college staat vast dat verweerder, ook al gaat het volgens verweerder "slechts" om het ontbreken van drie operatieverslagen, tekort is geschoten in het voldoen aan zijn verplichting als bedoeld in artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek (WGBO) om dossiers in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Klachtonderdeel 3 is daarom eveneens terecht voorgedragen en wordt gegrond verklaard.

5.7 Klachtonderdeel 4 vindt zijn grondslag enkel en alleen in het verslag van het gesprek op 28 november 2012 van klaagster met verweerder. Naar het oordeel van het college is dit een smalle basis voor een zo algemeen verwijt als in dit klachtonderdeel is verwoord. Getuige Oranen heeft ter zitting uiteengezet hoe de overlegstructuur in en met de vakgroep chirurgie toentertijd was vormgegeven en hoe de overdracht van patiënten was geregeld. Hij verklaarde verder dat verweerder daaraan deelnam en er wat dat betreft geen aanmerkingen waren op diens functioneren. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij niet bedoelde dat er geen overleg of overdracht zou zijn maar dat hij het anders gewend was.
Dit klachtonderdeel faalt, omdat het geen verdere onderbouwing heeft gevonden in het verhandelde ter zitting.

5.8 Aangezien de klachtonderdelen 1 t/m 3 gegrond zijn verklaard, moet een maatregel volgen. Het zal duidelijk zijn dat het college de tekortschietende zorg voor patiënten 1 en 2 met voor hen fatale afloop verweerder zeer ernstig aanrekent. Daarbij komt bovendien nog het gegrond verklaarde klachtonderdeel 3. Verweerder heeft zich – bewust van eigen onvoldoende bekwaamheid – ten onrechte de bevoegdheid toegedicht om complexe vaatchirurgische ingrepen te verrichten. Het ligt dan voor de hand om die maatregel op te leggen die klaagster reeds bij bevel van 31 juli 2013 aan verweerder had opgelegd. Die maatregel zou ondanks het hiervoor vermelde standpunt van de U./S. van 15 april 2013 zo niet in Nederland dan wel in het buitenland nog effect kunnen hebben. Nog afgezien evenwel van de onzekerheid over de effectiviteit van die maatregel, gaat zij het college niet ver genoeg. Het college brengt in herinnering dat verweerder ter zitting meermalen heeft verklaard dat hij technisch wel bekwaam is tot het uitvoeren van chirurgische ingrepen, waarbij verweerder kennelijk bedoelde: welke ingrepen dan ook. Het college kan verweerder hierin beslist niet volgen. Uit het verslag van prof. O. d.d. 20 juni 2012 blijkt dat verweerder bij de operatie op 4 maart 2012 beginners- en kunstfouten heeft gemaakt. Naar het oordeel van het college moeten deze fouten worden aangemerkt als chirurgisch klungelwerk van dien aard dat het college er geen vertrouwen in heeft dat verweerder zijn vak als algemeen chirurg met een voldoende mate van bekwaamheid zou uitoefenen en weer in staat gesteld zou moeten worden om zijn vak, heelkunde, op te kunnen pakken, zoals hij heeft verzocht. Daarbij is acht geslagen op de hiervoor weergegeven conclusies van het rapport d.d. 19 februari 2014 van de S., waaruit volgt dat het heelkundige handelen van verweerder door zijn wijze van verslaglegging niet of nauwelijks is te toetsen. Het college zal dan ook beslissen om verweerder met toepassing van artikel 48, derde lid, van de Wet BIG de bevoegdheid het in het register ingeschreven staande beroep, arts, gedeeltelijk en wel zover het betreft handelingen op het gebied van de heelkunde te ontzeggen, in het geval verweerder zich wederom in het BIG-register in de hoedanigheid van arts laat inschrijven. Een nog verder gaande maatregel acht het college niet aangewezen. Dat verweerder onvoldoende bekwaam moet worden geacht om in zijn algemeenheid als arts te kunnen functioneren is het college immers niet gebleken. Het college heeft daarentegen geen aanleiding gezien om als verzachtende omstandigheid rekening te houden met de aandacht die verweerder in de media ten deel is gevallen als gevolg van het bevel dat klaagster hem heeft opgelegd. Het college heeft met de op te leggen maatregel immers de bewaking van de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg voor ogen en niet de bestraffing van verweerder. Het college houdt verweerder nog wel voor dat hij ter zitting enkele malen heeft verklaard: "Als ik niets had gedaan, dan zou ik hier niet zitten". Daarmee toont verweerder weinig inzicht in de gevolgen van zijn handelen en evenmin respect voor de nabestaanden van patiënten 1 en 2. Het college acht geen redenen van algemeen belang aanwezig om zijn beslissing te publiceren op grond van artikel 71 van de Wet BIG."

3. Verder verloop van de procedure in beroep

3.1 De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 26 januari 2016, waar zijn verschenen de chirurg, en IGZ, vertegenwoordigd door de heer Sleeuwenhoek en mevrouw De Roode voornoemd.
Van deze zitting is proces-verbaal opgemaakt en bij proces-verbaal heeft het Centraal Tuchtcollege het volgende bepaald: het Centraal Tuchtcollege

– verzoekt (en voor zover nodig: draagt op) aan de Inspectie nader (en zo nodig: verifiërend)

onderzoek te (doen) instellen naar de medische opleidingen, diploma's en certificaten gevolgd door en verstrekt aan appellant, in Nederland en in het buitenland en van dat onderzoek beredeneerd schriftelijk verslag te doen aan het College;

- verstaat dat appellant daaraan zijn medewerking verleent, waaronder het College in elk geval rekent dat hij steeds op eerste verzoek van de Inspectie de voor dat onderzoek nodige inlichtingen en schriftelijke bescheiden, steeds onverwijld doch ultimo binnen vier weken na dat verzoek zal verstrekken;
- verstaat dat appellant overeenkomstig zijn ter terechtzitting verklaarde wens het nodige zal doen om zich alsnog te verzekeren van rechtsbijstand in de onderhavige procedure, waartoe het College in elk geval zijn consultatie van het Juridisch Loket (vestiging X.) rekent en – zonodig – de bevoegde deken van de Orde van Advocaten.
- schorst het onderzoek voor onbepaalde tijd ter fine als voormeld en verstaat dat de zaak met het oog op de voortgezette behandeling zal worden aangebracht in de tweede helft van 2016.

3.2 Van IGZ is vervolgens een rapport ontvangen. De chirurg is daarop in de gelegenheid gesteld op voornoemd rapport te reageren. Van de chirurg is binnen de daarvoor gestelde termijn geen reactie ontvangen. Daarop is de voortzetting van de behandeling ter terechtzitting bepaald op 11 oktober 2016. De chirurg heeft het Centraal Tuchtcollege aanvankelijk per brief verzocht de behandeling ter terechtzitting uit te stellen tot een latere datum, welk verzoek door het Centraal Tuchtcollege niet is gehonoreerd. Vervolgens heeft de chirurg bij brief van 16 september 2016 aangegeven het beroep in deze zaak te willen intrekken.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Nu de chirurg zijn beroep alsnog heeft ingetrokken en de Wet BIG aan het Centraal Tuchtcollege niet de mogelijkheid biedt de behandeling in beroep, om redenen aan het algemeen belang ontleend, desgewenst voort te zetten, dient de behandeling in beroep te worden gestaakt.

4.2 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verstaat dat het beroep van de chirurg tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle d.d. 27 maart 2015 (zie hierboven onder 1.) is ingetrokken en staakt de behandeling in beroep;
in het geval de chirurg zich wederom in het BIG-register laat inschrijven als arts legt het College aan hem de ontzegging van de bevoegdheid tot het verrichten van heelkundige handelingen op;
bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.
Deze beslissing is gegeven door: mr. K.E. Mollema, voorzitter, Mr. E.F. Lagerwerf-Vergunst en mr. Y.A.J.M. van Kuijck, leden-juristen en dr. G.J. Clevers en dr. R.T. Ottow, leden-beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 1 december 2016.

Voorzitter

Secretaris